

FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN DE TRABAJO PARA EL PADRE/MADRE QUE NO TIENE LA CUSTODIA

Favor de completar la Sección I de este formulario, el cual sirve como referencia para servicios relacionados al empleo.

SECCIÓN I: Datos del participante

(Escriba claramente en letra molde)

Nombre: _____ Apellido: _____

Nro. de Caso: _____ Nro. de Seguro Social: ____ - ____ - _____ Fecha de Nacimiento: _____

Sin Techo Sí No Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

Distrito GROW: _____

¿Tiene niños que no viven con usted y que reciben alguno de los siguientes beneficios
CalWORKS, Food Stamps, SSI o Medi-Cal? Sí No ○ No sabe

De haber marcado "Sí", favor de completar la siguiente información:

Nombre del niño y del padre/madre o encargado	Fecha de Nacimiento	Nro. de Seguro Social	Sexo
1.			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
2.			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
3.			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
4.			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
5.			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: Certifico que la información que antecede es correcta a mi leal saber y entender. Autorizo al DPSS (*Departamento de Servicios Sociales Públicos*) a divulgar esa información al proveedor de servicios recomendado a fin de obtener servicios de capacitación de trabajo. **Firma:** _____ **Fecha:** _____

SECTION II: Agency Referral/Request for Certification (To Be Complete by Agency)

Name: _____ Title: _____ Date: _____

Agency: _____ Address: _____ Zip: _____

Signature: _____ Phone: _____ Fax: _____

Comments:

SECTION III: Certification (To Be Completed by GROW District or GROW Program Personnel)

Yes, linkage to a child receiving CalWORKS for _____ month/years.
 Yes, linkage to a child who received (circle all that applies) CalWORKS, Food Stamps, SSI, Medi-Cal, Healthy Families within the last year.
 No qualifying linkage to a child

Name: _____ Title: _____ Date: _____

Phone: _____ Participant Referred to: _____

Comments:

